

# **Patientenchiffre B xx xx 93**

## **1. Relevante soziometrische Daten**

Die 22-jährige gelernte Apothekenhelferin, derzeit arbeitslos, lebt im Haushalt ihrer Mutter und kommt auf Überweisung ihres Hausarztes.

## **2. Symptomatik und psychischer Befund**

Die Patientin klagt über täglich auftretendes zwanghaftes Händewaschen (ca. 15–20 Mal/Tag) nach einem selbst definierten „Ritual“. Die Symptomatik sei erstmals nach einem Mexiko-Urlaub im Jahr 2011 aufgetreten und habe sich „schleichend weiterentwickelt“. Sie habe sich im Urlaub

vermutlich den Magen verdorben und in der Folge eine Magenschleimhautentzündung entwickelt. Bevor sie den Urlaub in letzter Konsequenz abgebrochen habe, sei sie im Urlaubsland „von Arzt zu Arzt gelaufen, aber die Hygiene war so schlecht und ich wusste nicht wohin mit meinen Schmerzen“. In den Folgemonaten habe sie eine starke Krankheitsangst entwickelt, die unmittelbar starke Unruhe und Herzrasen verursache und dazu führe, dass sie nur bestimmte Lebensmittel im häuslichen Umfeld konsumiere, nicht mehr auswärts essen oder etwas trinken gehe und durch andauernde Waschroutinen Infektionen vorzubeugen versuche.

Die Patientin leide sehr unter der andauernden Sorge, ernsthaft zu erkranken. Die Mutter sowie Freunde seien von ihrer extremen Vorsicht stark belastet („Die verstehen mich nicht und reagieren genervt“) und sie befürchte, durch die Ängste und die damit verbundene zwanghafte Symptomatik keine geregelte Alltagsstruktur aufrechterhalten zu können. Aktuell belaste sie weiter, dass ihr Partner sich nun auch noch von ihr getrennt habe und sie stelle fest, dass sie neben den Waschroutinen inzwischen dazu übergehe, Dinge (Haustür, Küchengeräte) in verstärktem Maße zu kontrollieren.

### **Psychischer Befund und testpsychologische Ergebnisse**

Die Hände der Patientin weisen deutliche Spuren erhöhter Beanspruchung (Hauttrockenheit, Risse im Gewebe) auf. Frau B. wirkt im Rahmen der ersten beiden Sitzungen eher verschlossen sowie misstrauisch und erscheint gedanklich sehr eingeeengt auf die Forderung nach einer Expositionstherapie. Im Verlauf konnte schnell ein vertrauensvoller therapeutischer Kontakt etabliert werden, die Patientin zeigt sich nun zugänglich und berichtet nicht nur offen über die Zwangssymptomatik, sondern auch über schwierige biografische Inhalte. Sprache und Sprechen sind unauffällig. Frau H. ist wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert, sie verfügt über gute intellektuelle Fähigkeiten und emotionale Differenziertheit. Es ergeben sich weder Hinweise auf mnestiche noch auf inhaltliche- oder formale Denkstörungen. Subjektiv werden Konzentrationsstörungen genannt. Tägliches Auftreten von Ängsten in Verbindung mit zwanghaftem Händewaschen und Berührungsvermeidungszwängen. Der Schlaf sei gestört. Von Suizidalität distanziert die Patientin sich glaubhaft.

- *VDS90-Symptomliste:*  
Es zeigt sich eine allgemein hohe Gesamtbelastung über verschiedene Syndrom-Ebenen hinweg mit einer deutlichen Abweichung zur Norm auf den Syndrom-Ebenen „Zwang“ und „Verhaltensrituale“.
- *Obsessive-Beliefs-Questionnaire (OBQ):*  
Es ist deutlich zu erkennen, dass die für die Zwangsstörung relevanten dysfunktionalen Einstellungen vorwiegend im Bereich „Perfektionismus/Unsicherheitsintoleranz“ sowie im Bereich „Gefahrenüberschätzung/überhöhte subjektive Verantwortlichkeit“ liegen (zu erkennen an besonders hohen Mittelwerten auf diesen Skalen im Vergleich zu gesunden Kontrollen).

### **3. Somatischer Befund/Konsiliarbericht (siehe auch anliegenden Klinikbericht)**

Es sprechen keine körperlichen Faktoren gegen die Aufnahme einer Psychotherapie. Kein Drogen- oder Alkoholabusus, aktuell keine psychopharmakologische Medikation.

#### **4. Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte/Krankheitsanamnese/Bedingungsmodell**

(Für detailliertere anamnestische Angaben wird auf den anliegenden Klinikbericht verwiesen.) Die Patientin berichtet, dass ihre Eltern sich getrennt hätten, als sie noch ein Baby gewesen sei. Die Mutter leide unter „Schizophrenie und Depressionen“, weshalb sie kurz nach der Trennung der Eltern für ein Jahr bei einer Pflegefamilie untergebracht gewesen sei. Zum Vater bestehe seit der Trennung kein Kontakt. In der Schulzeit habe sie über Jahre hinweg unter Mobbing durch Mitschüler und die Bagatellisierung dessen durch die Lehrer gelitten. Ihre Mutter sei immer „eine Stütze“ für sie gewesen, „abgesehen von den schweren Krankheitsphasen“. Sie müsse sich aufgrund des Gesundheitszustandes der Mutter immer häufiger um deren Anliegen (Behördengänge, alltägliche haushaltliche Verpflichtungen) kümmern und fühle sich stark dadurch belastet, dass „sie mich mit meinen Problemen nicht ernst nimmt und auch sonst gar nicht mehr unterstützen kann“.

#### **Bedingungsanalyse**

Neben einer möglichen genetischen Disposition für den Erwerb einer psychischen Erkrankung ist davon auszugehen, dass durch die frühe Abwesenheit der Mutter als Hauptbezugsperson grundlegende emotionale Bedürfnisse nach Nähe und Zuwendung nur unzureichend befriedigt werden konnten. Die weitere Kindheit und Jugend der Patientin war durch Feindseligkeit und Abwertung gekennzeichnet (Mobbing in der Schule, mangelnde Unterstützung durch Lehrer), was zur weiteren Labilisierung beigetragen zu haben scheint. Das Verhältnis zur Mutter scheint trotz des frühen Bindungsabbruchs lange Zeit einen protektiven Wert für die Patientin gehabt zu haben, der sich mit zunehmender Autonomieentwicklung und den damit verbundenen Entwicklungsaufgaben (eventueller Auszug, berufliche Entwicklung) zunehmend schwierig gestaltet. Die für die Patientin als sehr unangenehm erlebte Situation im Urlaub, bei der sie eine konkrete Bedrohung ihrer Gesundheit sowie starke Hilflosigkeit erlebt hatte, begünstigte neben fehlenden Ressourcen zur Bewältigung des innerfamiliären Konflikts mit der Mutter die Entwicklung von Ängsten und Zwängen, die durch repetitiv ausgeführte Kontrollmaßnahmen sowie Vermeidungsverhalten langfristig aufrechterhalten werden und mittlerweile auch auf andere Kontexte (Kontrolle von Tür etc.) generalisiert zu sein scheinen.

#### **5. Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung**

F42.1, vorwiegend Zwangshandlungen, Zwangsrituale (ICD-10: F42.1, G).

#### **6. Behandlungsplan und Prognose**

Übergeordnete Therapieziele sind eine Reduktion der Zwangssymptomatik sowie eine Erhöhung der Selbstsicherheit der Patientin als Grundlage für eine gelingende Autonomieentwicklung und, damit einhergehend, eine Förderung der Durchsetzung persönlicher Ziele und Zukunftsperspektiven.

Einen ungünstigen und möglicherweise limitierenden Faktor stellt die chronifizierte Erkrankung der Mutter als einer Hauptbezugsperson der Patientin da. Vor dem Hintergrund ihrer sehr motivierten Haltung (vor allem auch bezogen auf die Durchführung von Expositionen), der Fähigkeit

zur kritischen Selbstreflexion („Die Zwänge halten mich davon ab, mich weiterzuentwickeln“) sowie ihres jungen Alters besteht Aussicht auf eine ausreichend günstige Prognose für eine Verbesserung der Symptomatik.

Zur Erreichung der formulierten Therapieziele sollen vordringlich folgende Teilziele angestrebt werden bzw. Techniken zur Anwendung kommen:

- Erarbeitung eines vertrauensvollen Arbeitsbündnisses durch sachkundige Exploration der Ängste und Zwangsrituale sowie einer einfühlsamen, ressourcenorientierten Anamneseerhebung.
  - Aufbau einer differenzierten Selbstwahrnehmung zur Identifikation von Bedingungsbeziehungen mittels Self-Monitoring der Auslöser für Anspannungs- und Angstzustände sowie des zwanghaften Neutralisierungsverhaltens (Händewaschen, Kontrollen) über Tagebücher und Wochenprotokolle als Grundlage für die spätere Expositionsarbeit.
  - Auffrischung psychoedukativer Maßnahmen zur Vermittlung eines plausiblen kognitiven Modells für Zwangserkrankungen (Salkovskis & Warwick) unter Einbeziehung der Ergebnisse aus der Self-Monitoring-Phase sowie anamnestisch bedeutsamer Faktoren, hier insbesondere die problematische Beziehung zur Mutter während der eigenen Autonomieentwicklung.
  - Einsatz spezifischer kognitiver Techniken, um die dem Zwangsproblem zugrunde liegenden dysfunktionalen Grundannahmen (extreme Unsicherheitsintoleranz, überhöhtes Misstrauen und Überschätzung der Wahrscheinlichkeit negativer Konsequenzen) zu modifizieren.
  - Durchführung von Maßnahmen der Exposition mit Reaktionsverhinderung im Rahmen von gemeinsam mit der Patientin erarbeiteten graduiert durchgeführten Übungen (sensu Reinecker).
  - Aus der Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR; Kabat-Zinn; vgl. Meibert, Michalak & Heidenreich, 2006) entlehntes Achtsamkeitstraining zur Stressbewältigung und Verbesserung der Selbstfürsorge sowie Konfliktbewältigungskompetenz.
  - Einübung umfassender Maßnahmen der Selbstfürsorge. Zur Dämpfung physiologischer Erregung und zur Verbesserung der Regeneration sollen Entspannungsverfahren eingeübt werden (PMR sensu Jacobson) – teilweise unter Einbeziehung imaginativer Techniken (sensu Lazarus) mit Zeitprojektionen zum Aufbau positiver Zukunftserwartungen.
- Abhängig vom Verlauf der Behandlung soll gemeinsam mit der Patientin und dem behandelnden Arzt die medikamentöse Unterstützung durch einen Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer erwogen werden.

Beantragt werden 60 Einheiten Verhaltenstherapie in Einzelsitzungen. Die Sitzungen sollen in der Regel in wöchentlicher Frequenz durchgeführt werden. Für Expositionsübungen sollen bei Bedarf mehrstündige Sitzungen angesetzt werden. Gegen Ende der Behandlung soll die Sitzungsfrequenz gedehnt werden, um der Patientin die Möglichkeit einzuräumen, erarbeitete Bewältigungsstrategien schrittweise selbständig umzusetzen.

### **Prognose**

Einen ungünstigen und möglicherweise limitierenden Faktor stellt die chronifizierte Erkrankung der Mutter als einer Hauptbezugsperson der Patientin da. Vor dem Hintergrund ihrer sehr motivierten Haltung (vor allem auch bezogen auf die Durchführung von Expositionen), der Fähigkeit

zur kritischen Selbstreflexion („Die Zwänge halten mich davon ab, mich weiterzuentwickeln“) sowie ihres jungen Alters besteht Aussicht auf eine ausreichend günstige Prognose für eine Verbesserung der Symptomatik.